

Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 09-10
Año Escolar 09-10

Complete una solicitud por hogar Cada niño adoptivo es un miembro familiar.

Parte 1. Marque las casillas correspondientes

- comidas escolares
Leche especial (con restricciones)
niño adoptivo (UNA SOLICITUD POR NIÑO)
niños en el centro
Proveedor del hogar Clase I
Head Start/Even Start
niños en centro de cuidado infantil (PH)
Nombre del Proveedor:

Parte 2. Niños inscriptos. NECESARIO PARA TODOS LOS APLICANTES. En caso que sea necesario, escriba los Números de Caso de Ayuda Alimenticia y FIP

Escriba los nombre(s) de todos los niño(s) inscriptos en su hogar. Las identidades Étnicas y Raciales de los niños son opcionales. Provea una o más si lo desea (vea código).

Table with columns: Etnia, Raza, Apellido, Nombre, Segundo nombre, Fecha de Nac, Grado, ETNIA, RAZA, Nombre de Escuela/Head Start/Centro Cuidado Inf., N° de Caso FIP, No. de Caso de As. Alimentaria.

Parte 3. Ingreso Bruto Total del Hogar, NO COMPLETE ESTA PARTE SI ESCRIBIÓ UN N° DE CASO DE AYUDA ALIMENTARIA O FIP EN LA PARTE 2.

Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro del hogar en la columna correspondiente: Semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente. El ingreso bruto es el monto ganado sin impuestos ni otras deducciones, no el ingreso neto. Informe todos los otros ingresos recibidos en el mes. Personas autónomas, vea la hoja de trabajo en el reverso.

Table for reporting income with columns: Apellido, Nombre, Edad, Ingresos Sin Controlar, Monto Grosos Recibido (several columns), Subsidios de apoyo alimentario, Pensión, jubilación, seguridad social, Otros ingresos.

Mi Número de Seguro Social: ... No poseo un Número de Seguro Social
Si la Parte 3 está completa, el adulto firmante del formulario debe escribir también su número de Seguro Social o marcar la casilla de "No poseo un número de Seguro Social".

Parte 4. Certificación y Firma. NECESARIO PARA TODOS LOS APLICANTES.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están informados. Comprendo que recibiré los beneficios de los fondos Federales basados en la información que doy.

Firma del Adulto que Completa el Formulario Nombre del Adulto que Completa el Formulario Fecha Firmado

Dirección del Adulto que Completa el Formulario Pueblo ZIP Teléfono del Trabajo Teléfono de la Casa Celular

Parte 5. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Factores de conversión de ingresos para ingresos anuales: semanal X 52; dos semanas X 26; dos veces por mes X 24; mensual X 12
Ingreso del Hogar: \$...

- Solicitud Aprobada: Ingreso, Niño en acogida, Ayuda Alimentaria/FIP, Desamparado/Emigrante
Determinación de Elegibilidad: Comida Gratis, Comidas con Precios Reducidos, Leche gratuita, Clase Ingreso 1
Solicitud Denegada: Incompleta, Sobre los límites de ingreso, Clase Elegible 1

Firma del Oficial Determinador Fecha Efectiva Firma del Oficial Confirmador (sólo Escuelas) Fecha Firma del Oficial de Seguimiento (sólo Escuelas) Fecha

Formulario de Información de *hawk-i*/Medicaid: Lea esta información y firme si usted no quiere que su nombre de revele a *hawk-i* o Medicaid

Si su niño no tiene seguro de salud, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguros de salud gratuitos o de bajo costo para sus niños.

La Ley del Estado requiere que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid y *hawk-i*, el programa de seguro de salud para niños estatal. Específicamente, les daremos el nombre de su niño y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* sólo pueden usar la información para identificar a niños que puedan ser elegibles para seguro de salud gratuito o de bajo costo y para contactarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratis o de precio reducido para ningún otro propósito.

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus niños para comidas gratis o de precio reducido con Medicaid o el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o de precio reducido. Si usted NO desea que la información sea compartida con Medicaid o *hawk-i*, debe avisarnos completando la información que aparece más abajo cuando complete la solicitud de elegibilidad. Si desea más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

NO deseo que los oficiales del hogar/escuela espónsor/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comida gratis o de precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Aparte, si usted ya está recibiendo Medicaid o *hawk-i*, por favor firme abajo. Esto evitará otro contacto.

Nombre del niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del Padre/Tutor (Impreso) _____ Firma _____ Fecha _____

Hoja de Trabajo de Ingreso Autónomo: Esta hoja de trabajo lo ayudará a calcular el monto para informar si usted se encuentra en agricultura, es autónomo o tiene ingresos de otras fuentes.

Las personas que se encuentran en agricultura o que operan otro tipo de negocio privado pueden experimentar variaciones en el flujo de efectivo o ingreso mensual a través del año. Estas personas pueden usar los registros de impuestos del año calendario anterior como base para aplicar para las comidas gratis o de precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso derivado de la operación con menos costos sufridos en la generación de ese ingreso. Las deducciones de gastos personales como gastos médicos y otras deducciones de tipo no-comercial no se permiten en la reducción de ingreso bruto comercial.

Si usted posee ingresos adicionales de otros tipos de empleos, éstos deben ser tratados como separados y apartados del ingreso generado por su operación comercial. USDA **NO** reconoce los ingresos de la misma manera que IRS. USDA no permite una pérdida de una operación comercial para contrarrestar ganancias de sueldos o salarios. A pesar de que su comercio puede haber sufrido una pérdida neta operacional, por motivos de esta solicitud, no es posible tener un ingreso negativo. **El menor ingreso autónomo posible es cero (sin ingreso).** Por ejemplo, si usted hizo una operación comercial a una pérdida neta pero tuvo otro trabajo en el cual recibió un sueldo, su ingreso para esta solicitud de comidas gratis o de precio reducido sería el ingreso de su sueldo solamente. La pérdida por el comercio no puede deducirse del monto del ingreso ganado en otro trabajo.

Una pérdida de un año anterior por agricultura u otra operación comercial privada no puede utilizarse para reducir el ingreso neto anual actual para determinar la elegibilidad de gratis o precio reducido. Los sueldos pagados a un esposo u otro miembro familiar en la operación de una granja o comercio privado deben aparecer en los ingresos del hogar en la Parte 3 de esta solicitud.

El menor ingreso posible es cero (sin ingreso).

Los ingresos de operaciones comerciales privadas deben sacarse de Declaración de Impuestos de Ingreso Individual – Formulario 1040 más reciente. Utilice las líneas del 1040 que están identificadas.

Línea 12 – Ingreso comercial o (pérdida)	\$ _____
Línea 13 – Impuesto de Ganancias Distribuibles o (pérdida)	\$ _____
Línea 14 – Otras Ganancias o (pérdida)	\$ _____
Línea 17 – Alquiler propiedad inmobiliaria, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc.	\$ _____
Línea 18 – Ingreso por cultivo o (pérdida)	\$ _____
Total	\$ _____
Total ÷12 =	\$ _____

Ingrese el monto en la columna de "Todos los ingresos del mes pasado" en la Parte 3 en el frente de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa. **El menor ingreso posible es cero (Sin ingreso)**